

GE_GERICHTE ATAS/646/2021 vom 22. Juni 2021

GE Cour de justice, 2021-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_646_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/646/2021 du 22 juin 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/646/2021 del 22 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dès lors que le présent recours était pendant devant la chambre de céans à cette date, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de

nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures d'ordre professionnel comprennent l'orientation professionnelle (art. 15 LAI), la formation professionnelle initiale (art. 16 LAI), le reclassement (art. 17 LAI) et le placement (art. 18 LAI). Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de

A/955/2020 - 12/21 - gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1).

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

E. 8

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et

pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

A/955/2020 - 13/21 - déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

A/955/2020 - 14/21 - l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 9

L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Pour déterminer le revenu d'invalidité de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

A/955/2020 - 15/21 - On peut rappeler les principes suivants s'agissant des différents facteurs devant être pris en considération dans l'établissement de l'abattement. S'agissant du critère des années de service, il a pour but de tenir compte du fait qu'une personne qui débute dans une entreprise ne réalise en général pas un salaire moyen (Ulrich MEYER / Marc REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3ème éd., 2014, n. 108 ad art. 28a LAI). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que ce facteur justifiait une déduction de 5 % dans le cas d'une assurée âgée de 46 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3). Toutefois, les années de service ne constituent pas le seul critère de fixation du salaire dans une nouvelle profession, l'expérience acquise lors des précédentes activités professionnelles a une influence tout aussi importante. En outre, l'incidence des années de service est moins élevée lorsque le profil d'exigences est bas. Ce paramètre n'est pas pertinent s'agissant des activités de niveau 1 (ou 4 avant 2012) de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2 et les références). En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il est notoire que les

personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

E. 10

Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3). Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGA, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations – dont l'abattement sur le revenu d'invalidé en matière d'assurance-invalidité constitue un exemple flagrant – dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

A/955/2020 - 16/21 - Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (Angemessenheitskontrolle). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3). Ainsi, lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'OAI et voir si un abattement plus ou moins élevé serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

E. 11

En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, se référant aux limitations fonctionnelles définies par le Dr B_____. Ce dernier a retenu que l'exercice d'une activité adaptée était possible. Il a émis ces conclusions au terme d'un examen clinique réalisé après avoir pris connaissance du dossier et de l'historique médicaux du recourant et recueilli ses plaintes, de sorte que son rapport contient tous les éléments nécessaires au plan formel pour se voir reconnaître pleine valeur probante. En ce qui concerne le diagnostic de CRPS, atteinte également connue sous le nom d'algodystrophie ou de maladie de Sudeck (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2016 du 31 octobre 2016 consid. 4.2), évoqué par le Dr B_____, on rappellera en premier lieu qu'il l'a uniquement qualifié de possible. En outre, l'évocation de cette atteinte paraît en contradiction avec le fait qu'il n'a précisément pas constaté de signes d'algodystrophie lors de son examen, à l'instar du reste des médecins de la CRR. Ce diagnostic n'est retenu par aucun autre médecin, en particulier ni par le Dr C_____, ni par les médecins de la Consultation de la douleur. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations supplémentaires pour exclure formellement une telle atteinte. C'est ici le lieu de souligner qu'on peine à saisir la critique du recourant à l'encontre des conclusions du Dr B_____, à qui il reproche d'avoir fondé son appréciation sur l'absence de diagnostic somatique. En effet, un médecin appelé à se déterminer sur la capacité de travail d'un assuré est précisément chargé de définir dans quelle mesure une activité est exigible en fonction des atteintes objectivement constatées.

A/955/2020 - 17/21 - Les autres rapports des médecins ne permettent pas de s'écarter de l'exigibilité établie par le médecin d'arrondissement. Les médecins de la CRR avaient eux aussi qualifié le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée de favorable lors du séjour du recourant. S'agissant du Dr C_____, il ne fait pas état de diagnostic qui aurait été ignoré par le Dr B_____, et il exclut la reprise d'une activité en raison des douleurs, malgré la consolidation des fractures. Le Dr I_____ a également fondé l'incapacité de travail à laquelle il conclut sur les douleurs somatiques. Or, si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré des investigations consciencieuses et complètes, et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (ATF 140 V 290 consid. 4.2). Au plan psychiatrique, le Dr H_____ a exclu tout diagnostic de cet ordre lors de son examen de décembre 2019, en soulignant que le moral du recourant allait mieux depuis quelque temps, et qu'il avait pu cesser son traitement psychotrope quatre mois plus tôt. Le Dr I_____ se contente en substance d'affirmer que le diagnostic qui aurait dû être retenu par son confrère était celui d'épisode dépressif en rémission partielle au vu des troubles passés, en admettant toutefois que cela n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Ce psychiatre traitant a également admis que l'aggravation de l'état psychique du recourant entre décembre 2019 et avril 2020 n'était que transitoire et réactionnelle, le traitement ayant du reste pris fin à cette dernière date. Comme on l'a vu, ses conclusions quant à la capacité de travail du recourant ne sont pas dictées par des motifs psychiques mais somatiques, si bien qu'on doit admettre que la capacité de travail du recourant au plan psychique était entière quelque temps avant l'expertise du Dr H_____ déjà. Dans ces circonstances, il est superfétatoire d'ordonner une expertise psychiatrique et neurologique, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2).

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans se ralliera à l'appréciation des médecins de la CNA et du SMR, selon laquelle le recourant est apte à reprendre une activité lucrative adaptée à temps complet. En revanche, on ne saurait suivre l'intimé en tant qu'il fixe le début de l'exigibilité à février 2018. Un médecin des HUG a certes indiqué que le traitement chirurgical était terminé à cette date (cf. rapport du 27 avril 2018 ; supra consid. 6). Ce rapport suscite toutefois des doutes, dès lors qu'il conclut à une reprise possible de l'activité de monteur-électricien, que les autres médecins ont pourtant unanimement exclue. En outre, il est patent que l'état de santé du recourant n'était alors pas stabilisé, le traitement – notamment la physiothérapie – devant se poursuivre. L'intimé l'admettait du reste dans sa note du 27 novembre 2018.

A/955/2020 - 18/21 - En vertu de l'art. 16 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20), l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Dans l'assurance-accidents, l'obligation de diminuer le dommage liée à l'exigibilité d'une activité dans une autre profession ou un autre domaine ancrée à l'art. 6 LPGa n'est pas applicable selon une partie de la doctrine. Dans ce domaine, l'assuré bénéficie en vertu de l'art. 16 LAA d'une relative protection (Berufsschutz), si bien que la capacité de travail s'analyse en fonction de l'empêchement dans l'activité habituelle, et une des conditions de l'exigibilité du changement d'activité est que l'état de santé soit stabilisé (Marc HÜRZELER in Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 23 ad art. 16 LAA). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Le terme « sensible » tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique, par exemple une cure annuelle, ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Le présent litige porte certes sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, et non de l'assurance-accidents. Cependant, la jurisprudence a retenu dans des causes relevant de l'assurance-invalidité que tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2 ; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10 ; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11). Il y a ainsi lieu de déterminer à quelle date l'état de santé du recourant était stabilisé pour fixer la date dès laquelle la reprise d'une activité adaptée est exigible. La physiothérapeute relevait en juillet 2019 le manque d'efficacité de ce traitement sur la problématique centrale du recourant, soit ses douleurs. Lors de son dernier examen du 8 novembre 2019, le Dr B_____ n'a pas retenu d'indication à la poursuite de la physiothérapie, et n'a pas proposé d'autre traitement. À cette date, aucun des médecins traitants ne formulait de proposition thérapeutique précise. Le

A/955/2020 - 19/21 - Dr C_____ a également qualifié l'état du recourant de stationnaire en novembre 2019. Partant, au vu des rapports médicaux, on peut admettre que c'est en novembre 2019 que l'état du recourant s'est stabilisé. Jusqu'à cette date, il y a lieu de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité. Le recourant a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2018, soit six mois après sa demande de prestations, jusqu'à fin février 2020, soit trois mois après la stabilisation de son état de santé. En effet, selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2011 du 24 février 2012 consid. 4 et les références). Dans un tel cas, la date de la modification est déterminée conformément à l'art. 88a RAI. Selon l'alinéa premier de cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1).

E. 12

Il convient ensuite d'examiner le degré d'invalidité du recourant dès le 1er mars 2020. S'agissant de l'activité exigible dès cette date, contrairement à ce que le recourant allègue, ses limitations fonctionnelles ne sont pas telles qu'il serait entièrement privé de l'usage de ses mains. Ni les médecins de la CRR, ni le Dr B_____ n'ont proscrit totalement les activités exigeant des mouvements des mains ou des poignets. Dans le cas d'un assuré ayant également subi des fractures des deux poignets entraînant des limitations fonctionnelles liées aux travaux exigeant de la force et l'utilisation répétitive des deux poignets, la jurisprudence a confirmé qu'il n'était pas irréaliste de retenir l'exigibilité d'une activité adaptée, à l'aune d'un marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017). On admettra ainsi que le recourant serait en mesure de réaliser le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme (ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau 1), soit CHF 5'417.- par mois et CHF 65'004.- annualisé. Ce revenu est de CHF 68'377.- une fois indexé à 2019 et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures. L'intimé n'a procédé à aucun abattement sur ce revenu, affirmant que les conditions n'étaient pas réalisées. Sur ce point, il ne peut être suivi. En effet, il n'est pas contesté que le recourant présente des limitations fonctionnelles relativement significatives. Au vu de cet élément et du critère des années de service, il se justifie

A/955/2020 - 20/21 - en l'espèce d'appliquer un abattement de 15 %, ce qui porte le revenu d'invalidité à CHF 58'120.-. S'agissant du revenu sans invalidité, il était selon l'employeur de CHF 32.- par heure en 2018, indemnités pour vacances et 13ème salaire non inclus, soit CHF 72'104.- compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures hebdomadaires multiplié par 52 semaines par année, et du 13ème salaire. Indexé à 2019, cela représente un revenu de CHF 72'753.-. La comparaison des revenus avant et après invalidité révèle ainsi un degré d'invalidité de 20.11 %, inférieur au taux ouvrant le droit à une rente. Ce degré d'invalidité est en revanche suffisant pour ouvrir le droit à des mesures d'ordre professionnel, étant souligné que l'aptitude subjective du recourant à suivre de telles mesures n'est pas remise en cause par l'intimé. Le recourant a ainsi droit à la mise en œuvre de ces mesures par l'intimé, au terme desquelles il y aura lieu de réexaminer son degré d'invalidité.

E. 13

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'octroi de prestations d'invalidité n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- * * * * *

A/955/2020 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.